

PASSION **CHIRURGIE**

**PANORAMA**

**FEHLERKULTUR  
IN DER CHIRURGIE**

*im Fokus*  
**THORAXCHIRURGIE**

Jetzt neu  
für BDC-Mitglieder!  
Exklusiver Messenger  
bei  
DoctolibConnect  
➔

04 | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

**DGCH**

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
CHIRURGIE E.V.  
gegr. 1872, Sitz Berlin



**BDC**  Berufsverband der  
Deutschen Chirurgie e.V.

# CHIRURGIE

## HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

## DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner  
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Udo Rolle;  
Prof. Dr. med. Jens Werner;  
Prof. Dr. Dr. med. Lukas Prantl, PhD  
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen  
(V.i.S.d.P.)  
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

## BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer  
(V.i.S.d.P.)  
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,  
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf  
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

## REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)  
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)  
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Dr. med. Friederike Burgdorf  
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |  
passion\_chirurgie@bdc.de)

## VERLAG

schaefermueller publishing GmbH  
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin  
info@schaefermueller.de | Tel: +49 (0)30 76180 625  
www.schaefermueller.de

## DESIGN

Nina Maria Kuchler, Berlin

## ANZEIGEN

Sabine Bugla  
PassionChirurgie@t-online.de  
Tel: +49 (0) 5632 966147

## ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.  
Cover © iStock/LPETTET

## ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).  
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe unter IVW-Mitgliedschaft.

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den Mitgliedern vorbehalten.

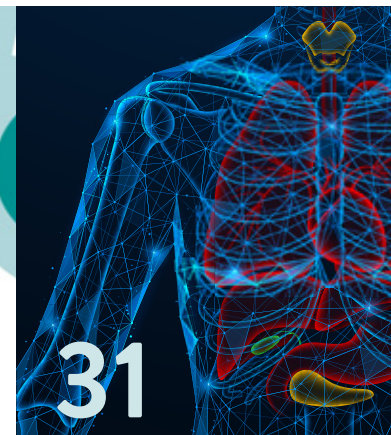
## EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

eISSN 2194-5578

## GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber Angehörige aller Geschlechter.



## INHALT

### 3 EDITORIAL

3 Thoraxchirurgie im klinischen Alltag

*Erich Hecker*

### 6 KURZNACHRICHTEN

### 8 CHIRURGIE

8

#### LUNGENKREBSFRÜHERKENNUNG

*Hans Hoffmann*

16

#### OPERATIVE THERAPIE VON LUNGENMETASTASEN

*Stefan Welter, Mousa Mezher*

20

#### PNEUMOTHORAX – AKTUELLES MANAGEMENT IM CHIRURGISCHEN FOKUS

*Cosmas D. Wimmer, Henrike Deißner*

26

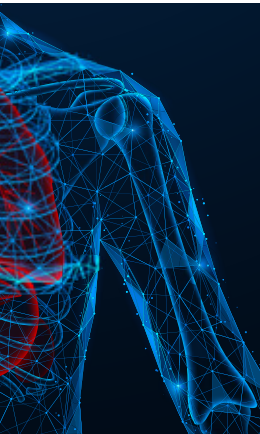
#### VOM PLEURAERGUSS ZUM PLEURAEMPYEM – DIAGNOSTIK UND THERAPIE IM CHIRURGISCHEN ALLTAG

*Dominik Herrmann, Erich Hecker, Hans-Stefan Hofmann, Michael Ried*

31

#### VERSORGUNG DES THORAXTRAUMAS BEIM SCHWEREN POLYTRAUMA

*Christof Schreyer, Stephan Raab*



54

84

## 37 CHIRURGIE<sup>+</sup>

- 37 **Arztpraxis Tipp:** Multitalent für die ambulante Versorgung: Medizinische Fachangestellte werden in Praxen ausgebildet *Grit Büttner*
- 41 **Safety Clip:** Präzision beginnt beim Sprechen – Kommunikation als Sicherheitsfaktor *Anja Pope*
- 47 **Hygiene-Tipp:** Müssen Schlussdesinfektionen zwingend durch einen Desinfektor durchgeführt werden? *Dieter Wieting, Martin Groth, Nils Hübner, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*

48 Personalia

### 49 RECHT

- 49 **F+A:** Erfüllung vergangener thoraxchirurgischer Mindestmengen in der Krankenhausplanung berücksichtigt? *Jörg Heberer*

## 52 GESUNDHEITSPOLITIK

- 52 **Berufspolitik aktuell:** Krankenhaus-reformanpassungsgesetz *Friederike Burgdorf*
- 54 Vorwort *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- BDC-Praxistest:** Famulatur in der Chirurgie *Hans-Joachim Meyer, Friederike Burgdorf*
- 56 Wie zwei Austauschaufenthalte in Deutschland meine Sicht auf die Medizin verändert haben *Amer Hadžinurbegović*
- 58 Bericht einer Famulatur an einer deutschen Klinik *Anass Laamarti*
- 60 Warum ich immer wieder eine Famulatur im Ausland machen würde *Nicolas Buchert*

- 63 Famulatur im Ausland *Sophia Schulte-Bocholt*
- 66 **BDC|Pressemitteilung:** Primärversorgung – digitale Lösungen jetzt, dann alles Weitere mit Sachverstand umsetzen

## 67 INTERN

- 67 **DGCH**
- 67 Nachwuchsgewinnung als Zukunfts- und Qualitätsfrage der Chirurgie *Romina Maria Rösch*
- 70 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 75 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 76 **BDC**
- 76 BDC|News
- 77 Was bringt der neue BDC-Messenger von Doctolib Connect?
- 78 BDC | Landesverbände
- 80 Termine BDC|Akademie
- 83 Lifestyle-Angebote im April 2026



## 84 PANORAMA

- 84 Fehlerkultur in der Chirurgie und Second-Victim-Phänomen *Guido Schumacher, Roger Pycha*



# Nachwuchsgewinnung als Zukunfts- und Qualitätsfrage der Chirurgie

Romina Maria Rösch

**D**r. med. Romina Maria Rösch ist Fachärztin für Thoraxchirurgie an der Thoraxklinik Heidelberg des Universitätsklinikums Heidelberg. Sie ist Vorsitzende der Initiative Frauen in der Thoraxchirurgie und engagiert sich im Jungen Forum der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), im Perspektivforum Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) sowie in der Jungen AWMF.

In ihrer wissenschaftlichen Arbeit mit dem Titel „**Nachwuchsmangel in der Thoraxchirurgie – Müssen wir uns anpassen oder**

**aussterben?**“ analysiert sie die Nachwuchsgewinnung, die Wahrnehmung chirurgischer Fachgebiete im Medizinstudium sowie die Implikationen für die zukünftige Ausgestaltung chirurgischer Weiterbildung. Für diese Arbeit wurde ihr der Wolfgang-Müller-Ostenpreis der gleichnamigen Stiftung zuerkannt.

Die Sicherung der Zukunftsfähigkeit der Chirurgie gehört zu den zentralen Herausforderungen des Fachs und des gesamten medizinischen Bereichs. Nachwuchsmangel, zunehmende Spezialisierung und sich wandelnde Arbeitsbedingungen stellen nicht nur



**Dr. med. Romina Maria Rösch**  
Thoraxklinik Heidelberg gGmbH  
Universitätsklinikum Heidelberg  
romina.roesch@med.uni-heidelberg.de

die Versorgung in Krankenhaus und Praxis infrage, sondern berühren grundlegende Fragen der Qualität und berufsethischen Verantwortung der Chirurgie. In diesem Spannungsfeld gewinnt die chirurgische Weiterbildung eine Schlüsselrolle: Sie ist Bindeglied zwischen medizinischem Fortschritt, ärztlichem Selbstverständnis und nachhaltiger Fachentwicklung.

Besonders spezialisierte Disziplinen wie die Thoraxchirurgie stehen exemplarisch für diese Entwicklung. Einerseits verkörpern sie höchste operative Expertise und Innovationskraft, andererseits sind sie im Medizinstudium häufig wenig sichtbar und damit für den Nachwuchs schwer greifbar. Die vorliegende Arbeit widmet sich daher der Frage, wie Medizinstudierende die Chirurgie wahrnehmen, welche Faktoren ihre Facharztentscheidung beeinflussen und welche Konsequenzen sich daraus für die zukünftige Ausgestaltung chirurgischer Weiterbildung ergeben.

## BUNDESWEITE STUDIERENDENBEFRAGUNG

Im Rahmen einer bundesweiten, strukturierten Online-Befragung wurden Medizinstudierende verschiedener Studienabschnitte zu ihrem Interesse an der Chirurgie/Thoraxchirurgie, zu ihren Erfahrungen im Studium sowie zu Erwartungen an eine chirurgische Weiterbildung befragt.

Ziel war es, sowohl die Entwicklung des fachlichen Interesses im Studienverlauf als auch strukturelle Einflussfaktoren auf die Facharztentscheidung systematisch zu erfassen.

## WAHRNEHMUNG, SICHTBARKEIT UND ENTSCHEIDUNGSFAKTOREN

Die Ergebnisse zeigen ein konsistentes Bild: Zu Beginn des Studiums besteht ein ausgeprägtes Interesse an chirurgischen Fächern, welches im weiteren Verlauf deutlich abnimmt. Diese Entwicklung ist weniger Ausdruck einer Ablehnung operativer Medizin als vielmehr Ergebnis struktureller Rahmenbedingungen, die im klinischen Alltag erlebt werden.

Ein zentrales Ergebnis ist die eingeschränkte Sichtbarkeit chirurgischer Subdisziplinen. Ein erheblicher Anteil der Befragten war sich nicht bewusst, dass die Thoraxchirurgie ein eigenständiges Facharztgebiet darstellt (s. Tabelle 1). Dieses Defizit verweist auf ein grundlegendes Problem der chirurgischen Ausbildung: Wenn die Vielfalt und Einheit der Chirurgie im Studium nicht vermittelt werden, fehlt die Grundlage für eine informierte und bewusste Berufsentscheidung. Spezialisierung wird dann nicht als integraler Bestandteil der Chirurgie wahrgenommen, sondern als isolierter Sonderweg.

Neben der fachlichen Wahrnehmung spielen die Bedingungen der Weiterbildung eine entscheidende Rolle. Studierende bewerten die Attraktivität der Chirurgie vor allem anhand von Struktur, Planbarkeit und Ausbildungsqualität. Frühzeitige praktische Einbindung, verlässliche Supervision, transparente Weiterbildungscurricula und realistische Karriereperspektiven wurden als zentrale Einflussfaktoren identifiziert. Damit

**Tabelle 1:** Interesse an der Chirurgie und Thoraxchirurgie sowie Studierenerfahrungen nach Studienabschnitt (n = 224)

	Vorklinik (n = 55)	Klinik (n = 141)	PJ (n = 28)
Interesse an der Chirurgie	42 %	33 %	36 %
Interesse an der Thoraxchirurgie	13 %	8 %	0 %
Thoraxchirurgie als eigenständiges Fach bekannt	58 %	69 %	86 %
<b>Keine Teilnahme an thoraxchirurgischer Operation</b>	<b>71 %</b>	<b>49 %</b>	<b>32 %</b>

Rösch RM: Nachwuchsgewinnung als Zukunfts- und Qualitätsfrage der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2026 April; 16(04): Artikel 06\_01.

wird deutlich, dass Nachwuchsgewinnung untrennbar mit Qualitätssicherung verbunden ist: Eine gute Weiterbildung ist Voraussetzung für operative Exzellenz und Patientensicherheit.

## SPEZIALISIERUNG, QUALITÄT UND BERUFSETHISCHE VERANTWORTUNG

Die zunehmende Spezialisierung der Chirurgie verschärft diese Anforderungen. Hochspezialisierte Zentren bieten die Chance auf eine intensive operative Ausbildung, bergen jedoch zugleich das Risiko, dass Weiterbildung unter ökonomischem Druck und hoher Arbeitsverdichtung in den Hintergrund tritt. Ohne verbindliche Ausbildungsstrukturen droht eine Entwicklung, in der Effizienz zwar gesteigert, Ausbildungsqualität jedoch nicht gesichert wird. Spezialisierung kann nur dann ein Gewinn für die Chirurgie sein, wenn sie von klaren Curricula, definierten Rotationen und ausreichenden personellen Ressourcen begleitet wird.

Die Ergebnisse der Arbeit verdeutlichen zudem die berufsethische Dimension der Nachwuchsfrage. Weiterbildung ist kein optionales Zusatzangebot, sondern Kernbestandteil ärztlicher Verantwortung. Die Sicherung von Substanz und Einheit der Chirurgie erfordert ein gemeinsames Verständnis von Ausbildung als zentraler Qualitätsfaktor. Fachgesellschaften tragen hierbei eine besondere Verantwortung, indem sie Standards setzen, Orientierung bieten und den Nachwuchs aktiv in die Weiterentwicklung des Fachs einbinden.

Gleichzeitig richtet sich der Blick auch auf den Nachwuchs selbst. Die heutige Generation von Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten ist leistungsbereit, erwartet jedoch transparente Strukturen, Wertschätzung und planbare Entwicklungsperspektiven. Diese Erwartungen stehen nicht im Widerspruch zu chirurgischer Exzellenz, sondern sind Voraussetzung für langfristiges Engagement und Motivation. Eine moderne chirurgische Kultur muss diesen Wandel anerkennen und aktiv gestalten.

## NACHWUCHSGEWINNUNG ALS GEMEINSAMER GESTALTUNGS-AUFTRAG

Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur Diskussion über die Zukunft der Chirurgie, indem sie empirische Daten mit einer grundsätzlichen Einordnung verbindet. Sie zeigt, dass das Interesse an der Chirurgie vorhanden ist, jedoch gezielt gefördert werden muss. Nachwuchsgewinnung, Qualitätssicherung und der Erhalt der Einheit der Chirurgie sind dabei keine getrennten Aufgaben, sondern Teil eines gemeinsamen Gestaltungsprozesses.

Letztlich entscheidet sich die Zukunft der Chirurgie daran, ob es gelingt, jungen Menschen nicht nur operative Techniken zu vermitteln, sondern ihnen eine klare Perspektive, strukturierte Weiterbildung und ein überzeugendes berufliches Selbstverständnis zu bieten. Die hier dargestellten Ergebnisse liefern hierfür eine wissenschaftlich fundierte Grundlage – und unterstreichen die Verantwortung der Chirurgie, ihre Zukunft aktiv zu gestalten.



# DCK 2026

Gemeinsam lernen und heilen

**143. Deutscher Chirurgie Kongress**  
**14. – 16. April 2026, DCK.digital**  
**22. – 24. April 2026, CCL Leipzig**

**PASSION, PRÄZISION  
 UND PERSONALISIERUNG**



**Jetzt einen Blick ins Programm  
 werfen und anmelden!**

[www.dck2026.de](http://www.dck2026.de)

# Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Hier veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: **Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.**

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme für interessierte Chirurgen und Chirurginnen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

## KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff  
Studienzentrum der Deutschen  
Gesellschaft für Chirurgie  
T: 06221/56-36839  
F: 06221/56-33850  
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de  
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: ARMANI<sub>1</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792</b>				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Dr. Sandra Korn Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	83 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
<b>Studientitel: BariSurg<sub>2</sub>*</b>				
<b>Registriernummer: DRKS00004766</b>				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup>  Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP  Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013  189 von 248 Patienten	–  Kein Fallgeld	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- chirurgie Universitätsklinikum Heidelberg E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: City<sub>3</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS0033520</b>				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	<p>Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde</p> <p>Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring</p> <p>Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring</p>	<p>28.02.2024</p> <p>2294 von 2426 Patienten</p>	<p>Keine Finanzierung</p> <p>Fallgeld: 0 €/Patient</p>	<p>PD Dr. med. Elisabeth Maurer</p> <p>Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie</p> <p>Philipps-Universität Marburg</p> <p>Baldingerstraße</p> <p>35043 Marburg</p> <p>E: maurere@med.uni-marburg.de</p>
<b>Studientitel: COMPASS<sub>4</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00031827</b>				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	<p>Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion</p> <p>Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz</p> <p>Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors</p>	<p>16.04.2024</p> <p>76 von 468 Patienten</p>	<p>BMFTR</p> <p>1000 €/Patient</p>	<p>Anika Stützer</p> <p>Studienkoordinatorin</p> <p>Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie</p> <p>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden</p> <p>Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen</p> <p>E: anika.stuetzer@ukdd.de</p>
<b>Studientitel: DISPACT-2<sub>5</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00014011</b>				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	<p>Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie</p> <p>Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie</p> <p>Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie</p>	<p>13.08.2020</p> <p>296 von 294 Patienten Rekrutierung beendet</p>	<p>DFG</p> <p>1.250 € / Patient</p>	<p>PD Dr. med. Rosa Klotz</p> <p>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie</p> <p>Universitätsklinikum Heidelberg</p> <p>Im Neuenheimer Feld 420</p> <p>E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de</p>
<b>Studientitel: ESORES<sub>6</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00030567</b>				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	<p>Patienten mit Ösophaguskarzinom</p> <p>Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.</p>	<p>30.01.2024</p> <p>34 von 670 Patienten</p>	<p>BMFTR</p> <p>1520 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. Jens Höppner</p> <p>Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld,</p> <p>Campus Lippe</p> <p>Klinikum Lippe GmbH</p> <p>E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	<p>Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird.</p> <p>In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.</p>			
<b>Studientitel: HULC<sub>7*</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00017517</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz</p> <p>Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik</p>	<p>08.08.2019</p> <p>648 von 812 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>500 € / Patient</p>	<p>Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de</p>
<b>Studientitel: METAPANC<sub>8</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822</b>				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	<p>Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom</p> <p>Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX</p> <p>Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX</p>	<p>FPI: 17.10.2023</p> <p>45 von 272 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>Exper. Gruppe: 3250 €/Patient</p> <p>Kontrollgruppe: 2800 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de</p>
<b>Studientitel: MICKey<sub>9*</sub></b>				
<b>Registriernummer: DRKS00027927</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem)</p> <p>Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)</p>	<p>14.06.2023</p> <p>153 von 152 Patienten Rekrutierung beendet</p>	<p>BMFTR</p> <p>850 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de</p>
<b>Studientitel: P.E.L.I.O.N<sub>10*</sub></b>				
<b>Registriernummer: DRKS00027921</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird.</p> <p>Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.</p>	<p>20.01.2023</p> <p>145 von 304 Patienten</p>	<p>BMFTR</p> <p>650 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: RAMPS<sub>11</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00033031</b>				
Prof. Dr. med. Felix Hüttner Dr. med. Frank Pianka	Patienten mit einem Pankreaskarzinom des Pankreas-körpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreas-linksresektion mit Splenektomie geplant ist. Experimentelle Gruppe: Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) Kontrollgruppe Standardmäßige Pankreaslinksresektion mit Splenektomie	20.02.2025  28 von 266 Patienten	DFG  1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg E: felix.huettner@klinikum-nuernberg.de
<b>Studientitel: RECOPS<sub>12</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00024364</b>				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022  606 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München E: Daniel.reim@tum.de
<b>Studientitel: SELREC<sub>13</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00030567</b>				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023  31 von 1.074 Patienten Rekrutierung beendet	BMFTR  1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
<b>Studientitel: SEVTAR<sub>14</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00023436</b>				
PD Dr. med. Leif Schiffmann	Patienten/Op.-Verfahren: Patienten mit Rektumresektion, Anastomosenhöhe zwischen 2 und 8cm und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Einlage eines Vacuumschwammes am Ende der Operation für 5 Tage, weitere Behandlung wie lokal üblich Kontrollgruppe: Keine Schwammeinlage, Behandlung wie lokal üblich	FPI: 26.01.2021  170 von 362 Patienten	keine Finanzierung  0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk E: leif@dr-schiffmann.de
<b>Studientitel: STITCHES<sub>15</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00034787</b>				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Stichprobenumfangs Experimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernäherung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024  37 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung  0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen E: christian.krautz@uk-erlangen.de

## MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: TRIANGLE<sub>16</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00030576   UTN U1111-1243-441</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarcinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechteilig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024  71 von 270 Patienten	BMFTR  1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

## MULTIZENTRISCH NICHT-RANDOMISIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: COLOSARC-Q<sub>17</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00034135</b>				
Prof. Dr. Jens Jakob	Patienten mit primären retroperitonealen Sarkomen, die an DKG-zertifizierten Sarkomzentren oder Krankenhäusern, die zertifizierungsäquivalente Kriterien erfüllen, operiert wurden und eine kolorektale Resektion erhalten haben. Experimentelle Gruppe: Kolorektale Resektion im Rahmen einer primären retroperitonealen Sarkomresektion an einem DKG-zertifizierten Sarkomzentrum oder Krankenhaus, das zertifizierungsäquivalente Kriterien erfüllt.	FPI: 27.01.2025  91 von 120 Patienten	Deutsche-Sarkom-Stiftung  Kein Fallgeld	Dr. Madelaine Hettler Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim E: madelainehenry.hettler@umm.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m<sup>2</sup> – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischem Pankreaskarzinom – multimodale operative Therapie versus alleinige systemische Chemotherapie
- [9] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [10] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure on incisional hernia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)
- [11] Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) im Vergleich zur standardmäßigen Pankreaslinksresektion mit Splenektomie bei Bauchspeicheldrüsenkrebs – Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte RAMPS-Studie
- [12] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [13] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [14] Studie zum Stellenwert einer prophylaktischen EVT zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen)
- [15] Vergleich der Standard-Zirkularstapleranastomose mit oder ohne zusätzlicher Übernähung bei Patienten mit Roboter-assistierter Ivor-Lewis Ösophagektomie aufgrund von malignen Tumoren der Speiseröhre und des ösophagogastralen Übergangs
- [16] Conventional partial pancreateoduodenectomy versus an extended pancreateoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial
- [17] Kolorektale Resektionen und Rekonstruktionen bei Patient\*innen mit retroperitonealem Sarkom: Evaluation chirurgischer Strategien und postoperativer Lebensqualität

\* Diese Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Januar 2026

# SPENDENAUFTRUF

## *Langenbeck-Virchow-Haus*



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt.

Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen, sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ in **Bronze (ab 500 €)**, in **Silber (ab 1.500 €)** und **Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

Wir würden uns über eine rege Spendenbeteiligung als Ausdruck der Identifikation unserer Mitglieder mit ihrem traditionsreichen Haus sehr freuen.

Prof. Dr. med. R. Goldbrunner

*Präsident*

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

*Generalsekretär*

Prof. Dr. med. Johann Pratschke

*Schatzmeister*

